

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 26 novembre 1908, à 1 heure

PAR

Ernest LAFONT

DES

Méningites cérébrales et cérébro-spinales

AU COURS DE LA PUERPÉRALITÉ

Président : M. BAR, professeur

Juges { MM. RETTERER, agrégé
BRINDEAU, agrégé
JEANNIN, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Henri JOUVE, Éditeur

15, Rue Racine, 15

1908

72

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 26 novembre 1908, à 1 heure

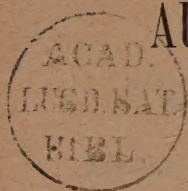
PAR

Ernest LAFONT

DES

Méningites cérébrales et cérébro-spinales

AU COURS DE LA PUERPÉRALITÉ



Président : M. BAR, professeur

Juges { MM. RETTERER, agrégé
BRINDEAU, agrégé
JEANNIN, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Henri JOUVE, Éditeur

15, Rue Racine, 15

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY		
Professeurs	MM.		
Anatomie.....	NICOLAS		
Physiologie.....	CH. RICHET		
Physique médicale.....	GARIEL		
Chimie organique et Chimie générale.....	GAUTIER		
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD		
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD		
Pathologie médicale.....	{ BRISSAUD		
	{ DEJERINE		
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE		
Anatomie pathologique.....	PIERRE MARIE		
Histologie.....	PRENANT		
Opérations et appareils.....	QUENU		
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET		
Thérapeutique.....	GILBERT		
Hygiène.....	CHANTEMESSE		
Médecine légale.....	THOINOT		
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	GILBERT BALLEST		
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER		
Clinique médicale.....	{ HAYEM		
	{ DIEULAFOY		
	{ DEBOVE		
	{ LANDOUZY		
	{ HUTINEL		
Maladies des enfants.....	JOFFROY		
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	GAUCHER		
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND		
Clinique des maladies du système nerveux.....	{ LE DENTU		
	{ BERGER		
	{ RECLUS		
	{ SEGOND		
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERRONNE		
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ALBARRAN		
Clinique d'accouchements.....	{ PINARD		
	{ BAR		
	{ RIBEMONT-DESSAIGNES		
Clinique gynécologique.....	POZZI		
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON		
Clinique thérapeutique.....	ALBERT ROBIN		
Agrégés en exercice.			
MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (FER.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL, chef
CARNOT	JEANSELME	MARION	des travaux anat.
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	SICARD
CLAUDE	LABBE (MARCEL)	MULON	ZIMMERN
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

Lafont

Nous tenons à adresser à nos maîtres de l'école de Clermont-Ferrand, l'expression de notre sincère attachement ; tous et en particulier MM. les docteurs Bousquet, Du Cazal, Planchard, Billard, Dieulafé et Dionis du Séjour, par leur dévouement et leur bienveillance, ont contribué pour une large part à notre éducation médicale.

A Paris, nous avons assisté aux leçons du regretté professeur Terrier, nous le remercions ainsi que MM. les professeurs agrégés Maygrier et Sébilleau.

Nous avons eu la bonne fortune, de suivre, durant une année, à l'Hôtel-Dieu, le service de M. le docteur Faisans qui nous a initié aux difficultés de l'auscultation ; nous tenons particulièrement à remercier notre maître des excellents conseils qu'il nous a prodigués, et des nombreuses marques de bienveillance qu'il a bien voulu nous témoigner.

A. M. le docteur Chirié, qui a bien voulu nous indiquer le sujet de cette modeste étude, et nous donner une observation inédite, nous adressons tous nos remerciements.

Enfin M. le professeur Bar nous fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous lui exprimons notre respectueuse gratitude.

DES

Méningites Cérébrales et Cérébro-Spinales

AU COURS DE LA PUERPÉRALITÉ

INTRODUCTION

La méningite cérébro-spinale, suppurée au cours de la grossesse, est une affection rare qui a été peu étudiée jusqu'ici.

Cette étude est cependant intéressante, d'abord parce que cette affection est souvent confondue avec d'autres maladies aiguës rencontrées au cours de la grossesse, l'éclampsie en particulier, et traitée comme telle ; ensuite, parce que la malade gravide porte *in utero* un enfant vivant et viable.

Aussi, après une étude rapide de l'étiologie, de l'anatomie pathologique, de la symptomatologie, de l'évolution, insisterons-nous :

1° Sur les éléments qui permettent d'établir le diagnostic différentiel entre la méningite cérébro-

spinale suppurée et les affections qui peuvent la simuler, l'éclampsie surtout ;

2° Sur les indications d'ordre obstétrical auxquelles donne lieu la présence *in utero* d'un enfant vivant et viable.

Nous rangerons sous quatre titres les observations que nous avons pu recueillir.

I

Observations dans lesquelles le diagnostic est resté en suspens. — La méningite a été une trouvaille d'autopsie.

OBSERVATION I

(Crouzat. Société Obstétricale de France, 1897.)

Méningite aiguë suppurée à pneumocoques ; début le lendemain de l'accouchement. — Mort. — Autopsie

Femme de quarante ans, XII-pare, accouchée à terme, sans incident. Pas de fièvre ni d'albuminurie. Le lendemain de l'accouchement, le matin, elle se plaint de la tête. Après midi, elle donne à téter ; à 3 heures elle prend une crise violente avec quelques mouvements convulsifs peu étendus ; elle tombe dans le coma absolu avec des vomissements abondants.

Raideur de la nuque, attitude en chien de fusil ; dilatation et inégalité pupillaire ; elle se mord la langue et les lèvres. Un peu de contracture des membres, température 39°1.

Mort, vingt-quatre heures après. On a discuté successivement le diagnostic d'éclampsie, de méningite tuberculeuse, d'hémorragie méningée.

Autopsie. — Traînées de pus jaunâtre le long des vaisseaux pie-mériens de la base, de la convexité du cerveau et du cervelet. Pas de tubercule. Les cultures donnent du pneumocoque pur.

OBSERVATION II

(Bar et Dubrisay, 1898.)

Grippe. — *Otite gauche suppurée.* — *Méningite purulente à pneumocoques.* — *Grossesse à terme.* — *Accouchement spontané d'un enfant vivant.* — *Mort de la mère.* — *Autopsie.*

Femme de trente ans, primipare, vue pour la première fois le 13 janvier 1898, par M. Dubrisay, enceinte et à terme. Elle a eu les jours précédents un peu de céphalée et de toux ; depuis deux ou trois jours, elle accuse un peu de douleur dans l'oreille gauche. Rien d'apparent du côté de celle-ci ; rien aux poumons. Enfant vivant en O I D P. Tête engagée.

Les 15 et 16 janvier il s'est écoulé une certaine quantité de pus par l'oreille gauche, l'écoulement s'est tari spontanément le 16 au soir.

Peu après, la femme a ressenti des douleurs de tête assez vives et a eu, la nuit, des vomissements alimentaires, puis bilieux, assez abondants.

Du 17 au 18, amélioration. Le 19, dans la matinée, les douleurs de tête reparaissent, la malade est dans un état de torpeur continuelle dont on a peine à la tirer, elle se plaint de souffrir continuellement de la tête. A ce moment on constate qu'elle est en travail, bien qu'elle n'accuse pas de contractions utérines douloureuses. On la transporte à la clinique,

où elle entre à 8 heures du soir ; à ce moment, malgré sa torpeur, elle répond encore sans difficulté aux questions qu'on lui pose. Une demi-heure après son entrée, elle accouche spontanément d'un enfant vivant de 3.300 grammes, parti trois jours après en nourrice en bon état. La température au moment de l'accouchement était de 37°4.

La malade reste assoupie pendant une heure environ après son accouchement. Vers 10 heures du soir elle commence à s'agiter dans son lit. Cette agitation va croissante, si bien que trois personnes ne peuvent la maintenir dans son lit, d'où elle essaie constamment de sortir. Elle ne répond pas aux questions qu'on lui pose et repousse violemment les infirmières. Vers 7 heures du matin elle semble se calmer un peu. Température 38°4 ; mais elle est toujours sans connaissance.

A 10 heures, M. Bar voit la malade, et pense soit à de la manie aiguë, soit à des accidents d'hystérie.

A 11 heures, après une injection de 1 centigramme de chlorhydrate de morphine, elle semble s'endormir d'un sommeil très calme.

A 1 h. 30, elle fait deux grandes inspirations et succombe. A aucun moment elle n'a présenté de phénomènes de contraction.

Autopsie par M. le D^r Planchon.

Pas de lésion viscérale digne d'être notée. A l'ouverture du crâne, on ne constate d'abord rien d'anormal du côté des sinus, de la dure-mère, ni du rocher gauche. Les méninges se détachent avec la plus grande facilité. En soulevant le cerveau, on aperçoit au niveau du bulbe un liquide franchement purulent. Les lésions sont limitées à la base du cerveau et à ses parties latérales. La pie-mère est recouverte d'un exsu-

dat franchement purulent, plus abondant au niveau de la scissure de Sylvius des deux côtés. Il y a du pus crémeux dans le quatrième ventricule ; les deux ventricules latéraux sont remplis de pus franc.

Sur des préparations extemporanées faites avec le pus pris dans les ventricules, on trouve des pneumocoques.

OBSERVATION III

(Arzac et Lafond. — Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Bordeaux, juillet 1902.)

Méningite aiguë chez une femme enceinte, à terme. — Travail spontané méthodiquement accéléré. — Extraction par les pieds. — Enfant vivant. — Mort de la mère. — Autopsie.

Femme de vingt et un ans, ayant contracté la syphilis il y a quatre mois. Ces derniers temps, étant près du terme, elle a été prise brusquement de frissons, délire, vomissements bilieux. Température 39°3. Elle présente en outre de l'opisthotonos ; constipation, albuminurie ; signe de Kernig positif. Elle est apportée en cet état à l'hôpital Saint-André. On pratique des injections de bi-iodure de mercure ; l'état empire, elle entre bientôt en agonie. A ce moment la dilatation est de 5 francs.

L'accouchement est accéléré par les manœuvres de Bonnaire et de Rizzoli. L'enfant se présente par le siège ; il est extrait vivant avec un forceps sur la tête dernière.

La femme meurt quelques heures après. A l'autopsie, on trouve une méningite de la voûte et de la base avec extension du côté de la moelle. Le pus est abondant ; ses ensemcements restent stériles.

II

Observations dans lesquelles le diagnostic a été erroné, la méningite a été une trouvaille d'autopsie.

OBSERVATION IV

(Valentin, 1887, rapportée par Chambrelent

In Ann. de Gyn., 1889, p. 102.)

*Méningite suppurée au neuvième mois de la grossesse. —
Accouchement forcé pendant l'agonie. — Enfant vivant.
— Autopsie.*

Femme de trente-neuf ans, II-pare, au neuvième mois de sa grossesse. Elle entre à la maternité de l'Hôtel-Dieu de Nantes le 16 juillet 1887, avec le diagnostic : Eclampsie. Elle est fort abattue et délirante, et aurait eu quelques convulsions. Température vaginale 40°3. On diagnostique une fièvre typhoïde et on l'envoie en médecine.

A ce moment on constate une céphalée intense, léger délire. Albumine dans les urines, pas d'œdème. L'enfant est vivant, on pratique une saignée de 250 grammes.

19 juillet. — L'état typhique paraît plus accentué. Délire calme, pas de convulsions. A 4 heures du soir, elle tombe dans un profond coma et meurt deux heures après. Pendant l'agonie, le col ayant commencé à se dilater, on fait l'accouchement forcé. Quelques incisions sur le col et une application de forceps permirent d'extraire un enfant vivant

et en bon état, qui mourut seulement six semaines après, d'athrepsie.

Autopsie. — Pas de lésions viscérales importantes. A l'ouverture du crâne, congestion intense de l'ensemble des méninges. Au niveau des hémisphères droit et gauche, au voisinage de la scissure de Rolando et sous l'arachnoïde, on trouve des plaques de pus jaunâtre extrêmement concret. Ce pus se retrouve en nappe moins épaisse sur toute la face inférieure du cervelet. Les ventricules latéraux contiennent un liquide séro-purulent. Le pus forme des plaques bien circonscrites, comprises entre la pie-mère et l'arachnoïde. Ces plaques peuvent être enlevées facilement en conservant leur forme. La moelle n'a pas été examinée.

OBSERVATION V

(Verstracte. — *Journal des Sciences Médicales de Lille*, 1899.)

Grossesse à terme. — *Méningite aiguë suppurée à pneumocoques.*
— *Accouchement spontané d'un enfant vivant.* — *Mort de la mère.* — *Autopsie.*

Femme de dix-neuf ans, primipare, près du terme, entre le 8 avril 1898 dans le service du Dr Desplats. Elle avait bien supporté sa grossesse, lorsque, le 5 avril au soir, elle est prise d'un violent frisson. Elle s'alite, se plaignant de violents maux de tête et est prise de vomissements abondants. Les jours suivants, même état; il s'y ajoute un délire violent. Pas de convulsions. Sa mère l'amène à l'hôpital.

A son entrée, la malade peut à peine être maintenue en

place. Température 39°8. Elle est en travail, le sommet à la vulve. Elle accouche spontanément en quelques minutes d'un enfant vivant de 3.200 grammes. Après l'accouchement, calme relatif ; pouls 140. Examen stéthoscopique du cœur et des poumons, négatif.

Dans la nuit, violent délire, la malade se jette à bas de son lit. Pas de convulsions ni de contractures, ni de vomissements. Le lendemain matin, coma complet, urines renfermant beaucoup d'albumine. On porte le diagnostic : urémie. On pratique une saignée. La malade meurt au cours de celle-ci.

Autopsie. — Tous les organes sont sains, sauf les bassinets dans lesquels on trouve un peu de pus. Pas d'otite ni de mastoïdite. A l'ouverture du crâne, il s'écoule une assez grande quantité de pus et de liquide verdâtre. Ce pus couvre la convexité, mais est surtout abondant à la base. On en trouve dans les fosses occipitales et autour du moignon médullaire, ce qui, bien que le rachis n'ait pas été ouvert, rend certaine l'existence d'une méningite rachidienne suppurée. En quelques points, le pus tend à former des fausses membranes.

Examen bactériologique. — Le pus des méninges examiné directement révèle : 1° des diplocoques à grains assez gros, ovoïdes, prenant le Gram ; quelques-uns en fer de lance, chaînettes courtes, rigides, de deux ou trois diplocoques ; 2° des cocci plus petits. En culture, on trouve des pneumocoques vrais et des cocci en amas quadrangulaires, probablement des tétragènes.

Le pus du bassinet renferme des streptocoques typiques, non mélangés à d'autres espèces microbiennes.

L'enfant repris par sa grand'mère, succombe brusquement quarante-huit heures après sa naissance.

OBSERVATION VI

(Thomas Wilson. — *Transaction of the Obstetrical Society of London*, 1902.)

Grossesse de sept mois. — Méningite suppurée à pneumocoques prise pour une éclampsie. — Morte non accouchée. — Autopsie.

Femme de trente-cinq ans, admise à l'hôpital Général de Birmingham le 5 avril 1901 avec le diagnostic d'éclampsie de la grossesse. A ce moment, elle est dans le coma et froide. Pouls 140 ; respiration 38 ; température 38°2. Une fois couchée, les extrémités se réchauffent, mais la pâleur tourne à la cyanose, les respirations deviennent de plus en plus lentes et une heure et demie après son entrée la femme meurt sans avoir repris connaissance.

L'examen rapide fait pendant son court séjour dans le service, montre que la patiente était une multipare enceinte de six à sept mois. Cœur et poumons sans signes physiques anormaux. L'urine (retirée à la sonde) est acide ; densité 1032 ; contient un nuage d'albumine et du sucre, pas de globules rouges ni de cylindres.

La tante de la malade raconte l'histoire suivante : Elle était enceinte pour la huitième fois. Elle s'était trouvée très bien jusqu'au 31 mars. Cinq jours avant son entrée, elle commence à se plaindre d'un violent mal de tête et de se sentir mal à

l'aise. Le mal de tête augmenta jusqu'au 4 avril. Le lendemain, 5 avril, on la trouva sans connaissance dans son lit ; elle passait par une succession de convulsions généralisées avec émission involontaire des urines et des matières. Un médecin appelé trouva de l'albumine dans l'urine et fit le diagnostic d'éclampsie.

A l'autopsie, on trouve une méningite purulente. Aucune lésion des autres organes. La surface du cerveau était couverte d'une couche dense de pus crémeux jaunâtre, baignant la convexité, la base, le cervelet, la protubérance et la moelle. Substances grise et blanche non altérées ; ventricules non distendus ; pas de tuberculose ni de pneumonie, ni de lésion de l'oreille, ni aucun foyer septique.

On trouve dans l'exsudat purulent des méninges des pneumocoques.

OBSERVATION VII

(Commandeur. — *L'Obstétrique*, juin 1908.)

Méningite aiguë cérébro-spinale suppurée à pneumocoques et staphylocoques. — Grossesse de sept mois et demi. — Mort. — Césarienne « post mortem ». — Autopsie.

Femme de vingt-neuf ans, multipare, amenée à la maternité de la Charité de Lyon le 6 février 1905 à 5 heures du soir. Cette femme, enceinte de sept mois et demi, est dans l'état suivant : Elle présente des phénomènes d'excitation extrême ; couchée sur le brancard elle cherche à mordre et à griffer. De la bouche sort une écume blanche ; en même temps, elle projette sa langue en dehors du côté gauche. L'agitation est telle que plusieurs personnes sont nécessai-

res pour la maintenir. Au premier abord, elle donne l'impression d'une éclamptique ; elle présente des morsures multiples de la langue, des contractures de la face, etc...

Elle est amenée sans aucun renseignement. Cependant certaines particularités cliniques font dire au personnel de la maternité que c'était « une éclampsie pas comme les autres ». En effet, ce qui dominait la scène, c'était un délire des plus violents.

A ce moment un examen rapide permet de constater que la température est de $38^{\circ}4$, le pouls aux environs de 180, à peine comptable. Par le cathétérisme, on retire de la vessie des urines qui renferment une assez grande quantité d'albumine. Pas d'œdème des membres inférieurs. Les yeux sont largement ouverts, la pupille un peu dilatée, mais la malade ne semble pas voir les objets qui l'entourent. Elle ne répond nullement aux questions qui lui sont faites, pousse des cris rauques. On remarque sur la jambe droite trois petites plaie de cicatrisation, ressemblant à la morsure d'un animal, si bien qu'on pouvait se demander en l'absence de tout renseignement s'il ne s'agissait pas d'un cas de rage humaine.

L'examen obstétrical montre une grossesse d'environ sept mois et demi. Pas de signe de travail : le fœtus bien vivant se présentait en O. I. G. A., tête mobile au-dessus du détroit supérieur.

Les phénomènes d'excitation constatés à l'entrée ne persistèrent pas longtemps. Très rapidement, au bout d'une demi-heure, la malade tomba tout à coup dans un coma complet ; brusquement, la respiration devint irrégulière et s'arrêta. Malgré tous les soins (saignée, tractions rythmées de la

langue, respiration artificielle, injections d'éther et de caféine), la malade resta cyanosée et rien ne put réveiller les mouvements respiratoires. Le cœur continua à battre un quart d'heure, puis s'arrêta. Dès qu'elle fut morte, l'opération césarienne *post-mortem* fut pratiquée et permit d'extraire un enfant de 1,610 grammes, en état de mort apparente, dont le cœur battit pendant quarante-cinq minutes, mais qui ne put être ranimé.

Le lendemain, on put obtenir de l'entourage de la malade les renseignements suivants : sa grossesse de sept mois et demi environ, avait été rendue pénible au début par quelques vomissements et des douleurs lombaires, puis elle avait évolué sans accidents notables.

Femme très vive, très active, jusqu'à ces derniers jours elle ne s'était plainte d'aucun malaise. La semaine précédente, elle avait soigné son mari et son enfant, tous deux atteints de grippe. L'un et l'autre avait guéri sans complication.

Le vendredi, 3 février, la malade ressentit quelques frissons et surtout un violent mal de tête ; néanmoins, elle put vaquer à ses occupations.

Le samedi son état reste le même, elle éprouve toujours de la céphalée, mais sans aggravation ; elle attribue son état à la grippe.

Le dimanche, 5 février, elle se sentait très lasse et dut se coucher dans l'après-midi. C'est toujours la céphalée qui domine.

Le lundi matin, 6 février, elle prend une sorte de crise convulsive localisée à la face et amenant un strabisme qui persiste toute la matinée. En même temps apparut le délire

qui alla en augmentant jusqu'au soir, au moment où on l'amène à l'hôpital.

A noter que la malade n'avait jamais présenté d'œdème des membres inférieurs, ni les troubles visuels ordinairement prémonitoires de l'éclampsie.

Les urines étaient en quantité normale et très claires. Enfin, le placenta examiné avec soin ne présentait aucune lésion albuminurique. Cette femme avait cependant quelques habitudes alcooliques.

Autopsie. — Pratiquée trente-six heures après la mort. Le foie est un peu gros, pèse 2 kilogrammes. A la coupe, il présente des zones de coloration plus pâle, correspondant, sans aucun doute, à un début de stéatose. Rate, reins, cœur absolument sains. Les poumons n'offrent qu'un peu de congestion diffuse, sans point de pneumonie ni de broncho-pneumonie.

Examen du système nerveux. — La calotte osseuse crânienne enlevée, on incise la dure-mère. Le premier coup de ciseau fait sourdre une goutte de pus; à mesure qu'on agrandit l'incision le pus s'écoule en abondance. C'est un pus jaune vert, crémeux, assez bien lié, occupant tout l'espace arachnoïdien et formant une nappe sur toute la surface des hémisphères; il sourd du canal rachidien d'où il s'écoule en abondance.

Les espaces sous-arachnoïdiens sont envahis également, mais le pus y est moins crémeux et forme des grumeaux. Les ventricules latéraux contiennent un liquide séro-purulent. A la coupe du cerveau on ne constate pas d'abcès, pas de ramollissement, pas de tubercules, ni autres localisations infectieuses.

Examen bactériologique par le D^r P. Courmont.

1° Liquide séro-purulent des ventricules ;

a) Examen direct. Nombreux cocci, diplocoques lancéolés et encapsulés, courte chaînette ; ces éléments gardent le Gram ;

b) Culture en bouillon. Nombreux diplocoques lancéolés gardant le Gram ;

c) Agar-Agar. Culture extrêmement fine. Quelques cocci dans les préparations ;

2° Pus méningé.

a) Examen direct. On trouve en grande abondance des diplocoques lancéolés et encapsulés gardant le Gram ;

b) Bouillon. Culture maigre en vingt-quatre heures, formée de diplocoques lancéolés et de cocci gardant le Gram.

c) Agar-Agar. En vingt-quatre heures, grosses taches arrondies, épaisses, formées de gros cocci ; entre ces taches culture très fine de petits cocci.

Résumé. — Il s'agit donc de diplocoques présentant l'aspect et les caractères de culture du pneumocoque, associé dans le pus à des staphylocoques.

Une souris a été inoculée très tardivement avec les cultures du liquide, mais le pneumocoque était mort, car la souris n'a pas succombé.

III

Observations dans lesquelles le diagnostic primitivement erroné a été ensuite rectifié

OBSERVATION VIII

(Budin, 1887, rapportée par Chambrelent,
In Ann. de Gyn., p. 101.)

*Méningite aiguë au huitième mois de la grossesse. —
Accouchement spontané d'un enfant vivant. — Mort de
la mère. — Autopsie.*

Femme enceinte de huit mois environ, amenée à la Charité de Paris le 8 décembre 1887. Fièvre intense. Température axillaire 39°. Pouls 52. Délire. Le diagnostic porté était éclampsie.

M. Budin diagnostique une méningo-encéphalite. Le lendemain, température 41 degrés, pouls 160. Délire, agitation extrême nécessitant la camisole de force. L'enfant est vivant, on songe à pratiquer l'accouchement prématuré, mais on y renonce en raison de l'agitation présentée par la malade.

10 décembre. — La femme accouche spontanément d'un enfant vivant bien constitué de 2.740 grammes. Au moment de la délivrance, hémorragie de 1.600 grammes. Quelques heures après, la femme succombait. L'enfant est sorti du service six jours après en parfaite santé.

A l'autopsie de la mère, on constate une méningo-encéphalite aiguë sans traces de tubercules.

OBSERVATION IX

(Brindeau. — Société Obstétricale de France, 1904.)

Grossesse à terme. — Méningite aiguë suppurée. — Travail spontané, accéléré artificiellement. — Ponction lombaire. — Mort. — Autopsie.

Primipare entrée le 4 janvier 1903 à la maternité de Saint-Antoine avec diagnostic : éclampsie. A été prise brusquement de malaises, céphalalgie, petites convulsions, agitation, yeux hagards, ne répond pas.

Température 39 degrés. Grossesse à terme. Tête en O I G A. Le lendemain, température 40 degrés. Agitation extrême, légère raideur de la nuque, pas de paralysie oculaire, pas de convulsions. Col en voie d'effacement. Ballon, puis dilatation manuelle, extraction au forceps d'un enfant mort, de 3.150 grammes. Le soir, coma : ponction lombaire, liquide trouble.

A l'autopsie face externe du cerveau couverte de pus épais.

Pas d'examen bactériologique.

OBSERVATION X

(Brindeau. — Société obstétricale de France, 1904)

Méningite aiguë suppurée. — Début trois jours après l'accouchement. — Ponction lombaire. — Mort. — Pas d'autopsie.

Multipare, accouchée le 9 décembre 1903. Le 12, perte

subite de connaissance, agitation extrême, transportée à Saint-Antoine. Température : 36°9. Membres supérieurs en flexion, contracture de la nuque, pupilles dilatées.

Le lendemain, température 38°4. Coma presque permanent.

Ponction lombaire. — Liquide louche, purulent, légèrement ictérique. Au microscope, nombreux leucocytes, diplocoques semblant encapsulés, streptocoque probable. Autopsie non faite.

On pense d'abord à l'éclampsie. Diagnostic par ponction lombaire.

OBSERVATION XI

(Genairon et Favre. — *Loire médicale*, 1904.)

Méningite suppurée consécutive à une pleurésie diaphragmatique également suppurée et simulant l'éclampsie chez une femme accouchée. — Mort. — Autopsie.

Femme tertipare, entrée le 26 novembre 1904 dans le service du Dr Duchamp. Six jours auparavant, douleur brusque dans l'hypocondre droit et l'épaule droite. On croit à une colique hépatique. Température 38°5.

Le 26, la malade entre à la Maternité, elle est en travail. A son entrée se plaint de maux de tête, subdélire. Température 40°1. Accouche spontanément à 11 heures du soir d'un enfant vivant. A minuit le délire s'accuse, secousses convulsives dans les membres. A 2 heures du matin, coma. Réflexes exagérés. Secousses convulsives des membres, lorsqu'on veut provoquer des mouvements passifs. Pas de convulsions de la face.

Foie gros. Cœur normal. Pouls petit, rapide. Température 39°2. Urines renfermant un fort disque d'albumine. Pupilles dilatées et inégales.

Le 27, à 10 heures, saignée, lavement de chloral ; à 11 heures, ponction lombaire qui donne 12 centimètres cubes de liquide ambré légèrement louche sans pression. Au microscope, le liquide centrifugé renferme une quantité énorme de polynucléaires et de diplocoques encapsulés non intra-cellulaires. Mort à midi.

Autopsie. — Cavité purulente de la plèvre diaphragmatique droite renfermant trois cuillerées de pus verdâtre.

Foie, utérus et annexes normaux. Reins gros, blanchâtres, substance corticale épaissie, capsule s'enlève mal. Poumons congestionnés. Pas de pneumonie nette.

Méninges couvertes sur toute leur étendue d'un pus épais, verdâtre. Un peu de pus dans les ventricules.

Le pus de la pleurésie et de la méningite donne à la culture des diplococci dont quelques-uns sont unis en chaînettes

OBSERVATION XII

(*Gazette Médicale des Hôpitaux*, 19 juillet 1904.)

F. Vidal et Lemierre.)

*Fièvre puerpérale à coli-bacilles avec méningite
suppurée. — Mort. — Autopsie*

G..., vingt-neuf ans, entre le 18 février 1903 à l'hôpital Cochin. Cette femme présente une agitation incessante et du délire ; il est impossible d'obtenir d'elle le moindre renseignement ; le facies est vultueux. La température est 38° 4. La

langue est sèche et rosée. On ne trouve aucun signe de paralysie, ni raideur de la nuque, ni signe de Kernig. L'examen des organes reste absolument négatif; on constate seulement une albuminurie assez abondante. La malade a été reçue dans la journée dans un service de chirurgie. On l'a considérée comme une urémique et on a pratiqué une saignée; puis on l'a passée en médecine. Rien du reste dans l'examen de cette femme ne plaide en faveur de l'urémie et l'on doit abandonner ce diagnostic.

Voici les renseignements que l'on a pu obtenir, par la suite, du mari. La malade était enceinte de six mois; le 14 février, elle a été examinée par une sage-femme qui aurait constaté une grossesse normale en évolution régulière.

Brusquement, le 16 février, à 4 heures, elle se plaint d'une céphalagie légère: en même temps, elle éprouve les premières douleurs de l'accouchement, et avorte quelques heures plus tard. La céphalalgie s'accroît, localisée surtout à la nuque. Le soir, la malade a des vomissements et de la diarrhée. La céphalée et les vomissements persistent jusqu'au lendemain dans la journée, moment où la malade commence à délirer jusqu'à son entrée à l'hôpital.

Au moment de l'entrée de la malade, on constate un léger écoulement fétide par la vulve, et l'on retire du vagin un tampon d'ouate imbibé d'un liquide sanieux et d'odeur putride.

Le 19 février au matin. — Température 39 degrés. La malade est plongée dans le coma. On pratique une ponction lombaire qui donne un liquide franchement purulent. La malade ne sort pas du coma et meurt dans la nuit suivante.

Autopsie. — L'utérus est enlevé par la voie vaginale trois heures après la mort ; il est très volumineux ; sa cavité, élargie, présente des parois tomenteuses recouvertes d'une sorte de putrilage gris rougeâtre d'odeur fétide. On pratique tout de suite des ensemencements.

A l'ouverture du crâne, aspect louche des méninges cérébrales. Trainées purulentes à peine appréciables au niveau des scissures cérébrales. Méninges congestionnées, épaisses, légèrement adhérentes ; au niveau des méninges spinales, couche purulente épaisse formant à la moelle un demi-manchon postérieur d'une épaisseur de 2 millimètres.

Reins volumineux ; substance corticale blanchâtre avec des trainées rougeâtres, se décortiquant bien. Le foie, le cœur, les poumons sont normaux. L'intestin est intact.

Examen histologique. — Des coupes pratiquées sur l'utérus montrent que la muqueuse utérine a complètement disparu. Elle est remplacée par une sorte de magma formé de globules rouges et de leucocytes polynucléaires. Au milieu de ce magma se voient de nombreux microbes : cocci et bâtonnets. On note seulement que dans les couches profondes les cocci ont disparu et l'on ne trouve plus que des bâtonnets très nombreux. On retrouve également ceux-ci dans le muscle utérin sous-jacent, suivant probablement des espaces lymphatiques. On en trouve enfin au voisinage et à l'intérieur même des larges sinus sanguins du muscle utérin. Ces bâtonnets ne prennent pas le Gram.

Des coupes pratiquées au niveau du cerveau et de la moelle montrent que l'exsudat méningé est très riche en globules blancs polynucléaires, au milieu desquels se trouvent de nombreux bâtonnets. On retrouve ces polynucléaires et ces

bâtonnets dans les gaines lymphatiques des vaisseaux, en pleine substance cérébrale et médullaire.

Examen bactériologique. — Examen du pus retiré par la ponction lombaire le 19 février 1903. A l'examen direct, nombreux bâtonnets courts et trapus, ne prenant pas le Gram.

Les cultures donnent à l'état de pureté un colibacille légitime.

19 février. — Ensemencement de 5 centimètres cubes de sang dans 400 centimètres cubes d'eau peptonée. En vingt-quatre heures, culture pure de colibacille.

Ensemencement de la surface interne de l'utérus ; prise en différents points de cette surface.

Cultures pures de colibacille.

Inoculations. — Inoculation sous la peau d'un lapin de 1 k. 750 de 4 centimètres cubes de culture de vingt-quatre heures du colibacille isolé du liquide céphalo-rachidien.

Ce lapin meurt en quinze heures ; l'ensemencement de ses organes donne du colibacille en culture pure.

Inoculation à un lapin de 2 k. 910 de 4 centimètres cubes d'une culture de vingt-quatre heures du colibacille isolé du sang.

Le lapin maigrit pendant quelques jours puis se rétablit.

Agglutination. — Le sérum de la malade n'agglutine aucun des colibacilles isolés.

Le sérum du lapin inoculé avec le colibacille du sang et ayant guéri agglutine à 1/50 le colibacille du liquide céphalo-rachidien, le colibacille du sang et un colibacille isolé de l'utérus sur cinq échantillons isolés de cet organe.

IV

Observations dans lesquelles le diagnostic a été fait primitivement

OBSERVATION XIII.

(Brindeau. — Société Obstétricale de France, 1904.)

*Méningite aiguë. — Début vingt-quatre heures après
l'accouchement. — Ponction lombaire. — Mort*

Multipare, entrée le 30 janvier 1903 à la clinique Tarnier. Vingt-quatre heures après l'accouchement, grand frisson. Température 40 degrés. Facies grippé, dyspnée. La nuit, délire furieux. Le lendemain matin, raideur de la nuque. Signe de Kernig très net.

Mort, trois jours après l'accouchement. Ponction lombaire pendant l'agonie, donne un liquide louche avec leucocytes et streptocoques.

OBSERVATION XIV

(Fabre. — Observation communiquée de la clinique
Obstétricale de Lyon.)

*Pneumonie à la fin de la grossesse. — Accouchement à terme.
— Pleurésie purulente enkystée. — Méningite cérébro-spinale
suppurée à pneumocoques. — Mort. — Autopsie.*

Femme de vingt-cinq ans, secondipare, entrée aux Expec

tantes de la clinique Obstétricale de Lyon, le 26 décembre 1904, enceinte de huit mois, en très bon état.

Dans ses antécédents, à l'âge de quatre ans, traumatisme de la région frontale gauche ; une perche tombée d'un arbre lui fit une large plaie de la tête, avec fracture du frontal ; il n'y eut pas de symptômes cérébraux ; la plaie se cicatrisa assez rapidement, mais il y eut consécutivement de l'ostéite et élimination de deux ou trois séquestres. Il reste actuellement une cicatrice déprimée du diamètre d'une pièce de 2 francs ; on sent un rebord osseux très net et à ce niveau existent des battements synchrones au pouls radial. A vingt-trois ans, adénites suppurées sous-maxillaires multiples, vraisemblablement d'origine dentaire, ouvertes spontanément et ayant évolué en deux mois.

Trois semaines après son entrée, la malade est prise de lassitude générale ; cet état de malaise persiste huit jours et le 23 janvier s'exagère en même temps que la malade accuse un point de côté violent du côté gauche avec un frisson unique et intense. L'auscultation de ce côté révèle : submatité dans toute la hauteur du poumon ; à la base, assez gros râles disséminés, à la partie moyenne, râles sous-crépitants fins. Pas d'expectoration. Signes de bronchite diffuse à droite. Température 39° 8.

26 janvier. — Souffle tubaire localisé à la fosse sus-épineuse gauche. Dyspnée vive. Le point de côté persiste. Dans la journée, la malade accouche spontanément d'un enfant de 3.330 grammes.

L'état persiste à peu près de même pendant une douzaine de jours ; la température oscille entre 38° 5 et 39° 5.

8 février. — La cyanose est moindre. A la base du poumon

gauche matité presque absolue avec souffle tubaire. Vibrations thoraciques non abolies ; râles de bronchite à droite. Température en plateau aux environs de 39 degrés.

12 février. — Une ponction exploratrice de la plèvre gauche est négative. La malade se plaint de maux de tête violents ; la nuque est douloureuse. Les battements de la cicatrice cranienne ont disparu. Les pupilles sont dilatées, la malade somnole et répond en bredouillant.

13 avril. — Devant la raideur de la nuque, la raie méningitique extraordinairement nette, l'exagération des réflexes, la dilatation pupillaire, le demi-coma, les troubles de la parole, on pense à une méningite cérébro-spinale. Ponction lombaire sans résultats.

14 avril. — La malade tombe en coma et meurt à onze heures du soir.

Autopsie. — Poumon droit, peu de lésions ; à gauche, pleurésie purulente enkystée dans la partie antéro-latérale de la plèvre et renfermant un verre de pus. Dans le poumon droit, un abcès du volume d'une mandarine siégeant à la partie supérieure du lobe inférieur et entourée d'une zone d'hépatisation périphérique.

Cœur, foie, rate, reins normaux.

Cerveau : adhérence de la cicatrice cranienne aux enveloppes du cerveau. Ostéophyte dépendant des bords de la perforation osseuse et pénétrant comme un coin dans la substance cérébrale du lobe frontal. Les veines superficielles du cerveau sont gorgées de sang. Des traînées de pus suivent leur trajet. A la base de l'encéphale, surtout au niveau du cervelet, du bulbe et de la moelle, les espaces arachnoï-

diens sont remplis de pus épais engainant les masses cérébrales.

Examen bactériologique. — On trouve du pneumocoque dans le pus de la pleurésie, de l'abcès du poumon et des méninges, on l'avait également trouvé dans le sang pendant la vie.

OBSERVATION XV

(Butrulle et Minet. — *Echo médical du Nord*, 1906.)

Pneumonie de la grossesse. — Accouchement prématuré spontané au sixième jour. — Méningite aiguë suppurée à pneumocoques trois semaines après l'accouchement. — Mort. — Autopsie.

Femme de trente-six ans, VII-pare. Pas d'antécédents autres qu'une hystéropexie, entre la cinquième et la sixième grossesse. Elle entre dans le service de M. le Dr Bué, le 6 avril 1906, enceinte de sept mois et présentant une pneumonie droite type, ayant débuté six jours auparavant. Trois jours après son entrée, elle accouche prématurément d'un enfant vivant de 1.475 grammes.

Le 14 avril, défervescence après une débacle urinaire et une abondante diarrhée, puis poussée thermique nouvelle le 19 et 20 avril. Apyrexie pendant huit jours, puis brusque ascension thermique à 40°5, chute à 37°4. Le lendemain matin, réascension à 40°3 le soir. La malade est envoyée en médecine.

Elle donne à ce moment l'impression d'une grande infec-

tée. Elle est pâle, les traits tirés et angoissés. Elle se meut à peine dans le lit. Constipation opiniâtre, incontinence d'urine. Le poumon droit présente toujours des signes physiques de pneumonie. Température 39°6, pouls 120. Foie très gros. Le 3 mai, la malade présente des vomissements sans effort ; on diagnostiqué une méningite probable.

Le 6, symptômes de méningite plus nets. Persistance de la constipation et de l'incontinence d'urine. Réflexes rotuliens exagérés, cri aigu et plaintif. La malade porte la main à son front avec une expression de douleur intense. Les membres supérieurs sont agités de mouvements continuels. Pupilles inégales : hyperesthésie cutanée. Raie méningitique. Ni contracture, ni signe de Kernig, ni albumine, ni sucre. Respiration 36. Pouls 130, petit, inégal.

Le 7, la malade tombe dans un coma à peu près complet dont elle ne sort que pour pousser un cri aigu. Les pupilles sont très inégales, ne réagissent plus à la lumière. Mort le 8 mai au matin.

A l'autopsie. — Hépatisation grise des deux lobes inférieurs du poumon droit. Foie de 3.000 grammes. Infarctus de la rate. Organes génitaux sains. Il ne reste aucune trace de l'hystéropexie pratiquée il y a six ans.

Le cerveau est petit, rétracté ; on trouve à sa convexité, dans les scissures et le long des vaisseaux, un pus verdâtre, épais, crémeux, qui, par places, s'étend à la surface des circonvolutions, en plaques irrégulières, dépassant parfois les dimensions d'une pièce de 2 francs. Il y a du pus en moindre abondance à la base du cerveau et dans les méninges cérébelleuses. Il n'y en a pas trace au niveau des méninges spinales.

OBSERVATION XVI

(Chirié et Galliard. — Société d'Obstétrique de Paris, 1906.)

Infection puerpérale. — Méningite suppurée. — Mort. — Autopsie.

Femme de vingt-cinq ans, entrée le 19 juillet 1907 dans le service de M. Porak à la Maternité. Elle est enceinte de huit mois et a eu des hémorragies répétées depuis quelque temps. On diagnostique une insertion vicieuse du placenta. Elle accouche le 21 août d'un enfant vivant et présente une hémorragie du travail.

23 août. — Température 40 degrés. Ecouvillonnage qui ramène quelques débris.

Les jours suivants, abattement et somnolence. Dans la soirée du 25 août, on remarque des secousses localisées dans le membre supérieur droit.

26 août. — Cathétérisme vésical, pas d'albumine, mouvements convulsifs localisés au bras droit et secousses brusques de latéralité de la tête durant quelques secondes, puis somnolence.

Pression artérielle : 14. On constate en outre une parésie étendue de tout le côté droit, sans signe de Babinski. Pas de raideur de la nuque, ni signe de Kernig.

Réflexes patellaires abolis des deux côtés, mydriase. La ponction lombaire ramène 30 centimètres cubes de liquide

opalescent et qui jaillit avec force ; le culot de centrifugation montre une quantité considérable de polynucléaires et des cocci groupés en diplocoques extracellulaires.

Etat général très mauvais. Température 41 degrés. Pouls 140.

27 août. — On constate des mouvements convulsifs du membre supérieur gauche. Il existe sur les membres supérieurs et inférieurs, surtout à gauche, une éruption à contours géographiques, formés de placards à centre café au lait, bordés d'un liséré rose.

Mort le même jour.

Autopsie (partielle). — Traînées purulentes le long des vaisseaux à la surface du lobe pariétal de l'hémisphère gauche. Foyers de ramollissement le long de la pariétale ascendante gauche, dans le lobe occipital droit et dans la corne frontale droite. Légère hémorragie pie-mérienne au niveau du lobe pariétal droit. Moelle épinière un peu congestionnée.

Utérus ne renfermant aucun débris, mais on trouve un peu de pus jaunâtre, crémeux dans son intérieur.

Examen bactériologique. — Les cultures du liquide céphalo-rachidien et du pus méningé donnent uniquement du staphylocoque qui a causé à la fois la méningite et le processus d'artérite auxquels sont dus les trois foyers de ramollissement cérébral.

OBSERVATION XVII (Inédite)

(M. Chirié)

Méningite suppurée de la base. — Femme de trente ans, enceinte de quatre mois. — Mort. — Autopsie.

Femme de trente ans, enceinte de quatre mois, primipare, sans maladie antérieure, entre à la Maternité de l'hôpital Beaujon le 22 janvier, envoyée par son médecin pour fièvre.

Du 22 au 26 janvier, la malade reste à l'isolement de l'hôpital Beaujon, où on lui fait des injections. La température est à grandes oscillations : le 22 au matin 37 degrés, le soir 40 degrés ; le 24, 37 degrés ; le 25, 40 degrés ; le 26 au matin, 41 degrés.

On transporte alors la malade à l'hôpital Broca, où on ne la reçoit pas, et de là à la Maternité, où elle entre à l'infirmerie le 26 au soir. Température : 37°2.

Dans la soirée, quelques contractions utérines se font sentir ; la malade, examinée, est trouvée en travail d'avortement et transportée à l'isolement de la Maternité.

Le lendemain 27, à 5 heures du matin, les contractions deviennent plus violentes. Température : 38°6 ; pouls, 104 ; respiration : 40. Etat général bon ; urines claires, pas d'albumine. L'utérus remonte jusqu'à deux travers de doigt sous l'ombilic ; le col est perméable, l'œuf intact. A 3 heures du soir, rupture spontanée des membranes, à 10 heures expulsion de l'œuf en deux temps. Il ne présente absolument aucune odeur. Il y a rétention partielle de la caduque : on fait un curage digital, un écouvillonnage, un lavage utérin et un badigeonnage à la glycérine créosotée. Température : 39°8, pouls 136.

Le 28 et le 29 la température oscille autour de 38 degrés ; on continue les injections.

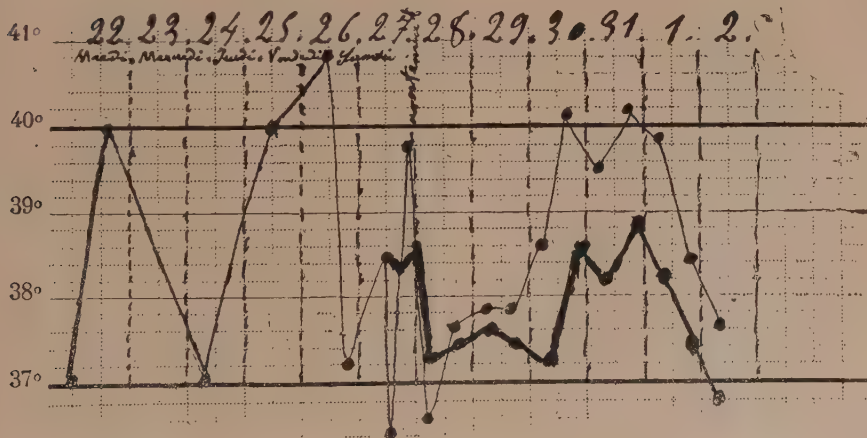
Le 30 température 38°6 le matin, 40 degrés le soir. On ordonne des bains, à 28 degrés d'abord, puis à 22 degrés, à 20 degrés, enfin à 18 degrés. Pas de réaction. La température reste à 40 degrés toute la nuit.

31 janvier. — La malade est prise de vomissements à 5 heures du matin, puis à 7 heures. Ces vomissements, d'abord alimentaires, deviennent ensuite liquides, jaunâtres.

A l'examen, le ventre n'est ni douloureux ni ballonné : température : 40 degrés, on donne des bains à 16 degrés, auxquels la malade réagit. Le soir on fait une injection intra-veineuse de 10 centimètres cubes d'argent colloïdal électrique.

Le lendemain, 1^{er} février, la malade se plaint pour la première fois de céphalée. Température 39°3 le matin, 38°3 le soir. Argent colloïdal : 30 centimètres cubes le matin, 20 centimètres cubes le soir.

Pendant la nuit, la température reste entre 37°3 et 36°4. La céphalée devient violente, persistante, au matin la malade se plaint d'en souffrir beaucoup.



A la visite, elle est en état de somnolence; pour avoir une réponse, il faut crier fort, et interroger à plusieurs reprises. Les réponses sont lentes mais correctes et conscientes. Les pupilles sont égales des deux côtés, et dans un état de contraction assez prononcée. Elles ne réagissent pas à la lumière : en fermant les yeux, elles ne se dilatent pas et restent telles quand on ouvre les paupières. On constate un peu de raideur de la nuque et un ébauche de Kernig.

Le signe de Babinski est négatif. Les réflexes n'ont pas été recherchés.

Pensant à une infection méningée, on décide une ponction lombaire. Au moment où on allait la pratiquer, la malade, qui buvait toute seule (avec peine d'ailleurs) présenta une série de troubles : cyanose, gêne respiratoire, qui firent penser à une légère paralysie glosso-labio-laryngée, ayant fait que dans la déglutition quelques gouttes de liquide étaient passées dans la trachée.

Ces troubles cessèrent rapidement, et un mieux apparut. au moment où mise en position inclinée, on allait pratiquer la respiration artificielle.

La ponction, faite la malade assise, fut très bien supportée et donna 30 centimètres cubes de liquide purulent, verdâtre, très fibrineux.

A midi 45, la malade, de nouveau, se cyanose, ne peut plus parler; et malgré tous les moyens employés: respiration artificielle, huile camphrée, caféine, elle succombe à 1 heure du soir.

Examen histologique du liquide. — Il y a un dépôt de 1 centimètre de hauteur de pus dans le tube à essai sans centrifuger.

L'examen montre des leucocytes entièrement dégénérés et une grande quantité de diplocoques intra et extracellulaires, encapsulés, prenant le Gram. Ce semble être des pneumocoques, les cultures n'ont pas été faites.

Autopsie, par M. Durante, chef de laboratoire à la Maternité.

Le cœur est normal, sauf environ 100 grammes de liquide citrin. Myocarde très épais et dense. Pas d'endocardite.

Poumons. — Pas de pleurésie ; congestion et fort œdème diffus, comme dans la grippe.

Foie normal, sauf une ou deux petites ecchymoses sous-glissonniennes discrètes.

Reins très gros, très épais, très lourds, rouges, décortiquant bien ; dans le droit, plusieurs petits points jaunes : abcès miliaires.

A l'examen histologique il existe des lésions épithéliales très accusées : Le rein présente en effet les caractères ordinaires des néphrites infectieuses. Il y avait aussi une énorme infiltration leucocitaire et une multitude de petits abcès miliaires.

Rate petite, mais molle.

Pas de péritonite.

Utérus bien revenu, contenant de légers paquets de fibrine ; enduit jaunâtre sur le col, qui présente un petit noyau saillant.

Cerveau : convexité normale.

Méningite suppurée de la base.

ETIOLOGIE

La lecture de ces observations nous montre que l'étiologie des méningites au cours de la puerpéralité est la même que celle des méningites rencontrées en dehors de cet état.

L'infection des méninges est primitive ou secondaire. Sur 17 cas que comportent nos observations, nous en trouvons 8 (obs. I, IV, V, VI, VIII, IX, X, XIII) qui sont nettement primitifs.

Dans 5 autres cas nous voyons la méningite se déclarer au cours d'une maladie infectieuse : pneumonie (obs. XIV, XV) pleurésie purulente (obs. XI) infection puerpérale (obs. XII et XVI).

Dans 3 cas enfin, malgré l'examen, on n'est pas parvenu à démontrer si la méningite était primitive ou secondaire.

Dans l'observation III, l'ensemencement du pus prélevé à l'autopsie est resté stérile, la malade (une syphilitique) est en pleine période secondaire. La syphilis a-t-elle favorisé l'évolution de la méningite? Voilà ce qu'il est impossible de préciser.

La malade de l'observation II était atteinte de grippe compliquée d'une otite gauche suppurée.

L'autopsie n'a montré aucune lésion du côté du rocher ; on est en droit cependant de soupçonner l'otite d'être la cause de la méningite. La malade de l'observation VII a vécu dans un milieu grippal, soignant son mari et son fils atteints de grippe. Dans ces deux cas l'examen a montré que l'infection était due au pneumocoque. Consalvi a, en effet, signalé la méningite cérébro-spinale suppurée, comme complication de la grippe. Bar et Boullé ont constaté que l'infection à pneumocoque s'observait souvent au cours de la grippe pendant la puerpéralité.

On est ainsi amené à penser que, dans ces deux derniers cas, la grippe fut la cause initiale de l'infection méningée.

La malade de l'observation XVII expulse un œuf intact et sans odeur, l'autopsie montre les organes génitaux absolument sains, l'utérus ferme et bien revenu ; dans ce cas nous sommes en droit de conclure à une méningite primitive.

La recherche de l'agent pathogène a été faite 13 fois dans le pus méningé, dans le liquide des ventricules et dans le liquide céphalo-rachidien retiré par ponction lombaire.

Le pus méningé a été examiné dans 10 cas ; on a trouvé du pneumocoque dans 5 cas (obs. I, II, VI, XI, XIV), 2 fois du pneumocoque associé avec du tétragène dans l'observation V, avec du staphylocoque dans l'observation VII, une fois du staphylocoque pur (obs. XVI), une fois du coli-bacille pur (obs.

XII), une fois enfin lesensemencements sont restés stériles.

Dans le liquide des ventricules on rencontre 2 fois du pneumocoque pur (obs. V, VII), dans ce cas on trouva dans le pus méningé du staphylocoque associé au pneumocoque.

Le liquide retiré par ponction lombaire a été examiné 6 fois. Dans 2 cas, où l'examen portait en même temps sur le pus méningé et le liquide céphalo-rachidien, on trouva les mêmes agents pathogènes c'est-à-dire du staphylocoque (obs. XVI), du pneumocoque (obs. XI).

Dans les 4 autres cas, l'examen bactériologique porta seulement sur le liquide céphalo-rachidien. On a trouvé 1 fois du pneumocoque pur (obs. XVII), 1 fois du streptocoque probable avec du pneumocoque (obs. X), 1 fois du streptocoque pur (obs. XIII).

Dans quelques formes secondaires, on a procédé à l'examen des autres organes. Ainsi, observation XIV, le pneumocoque a été trouvé en même temps que dans les méninges, dans le liquide pleural, dans le pus de l'abcès du poumon, et jusque dans le sang. Dans l'observation XV, le pus de la pleurésie diaphragmatique contenait du pneumocoque comme le liquide céphalo-rachidien et le pus méningé.

Maintenant que nous connaissons les micro-organismes de la méningite cérébro-spinale suppurée de la puerpéralité, étudions les causes étiologiques

générales et en particulier cherchons à établir l'influence de la parité, et celle de l'époque de la grossesse.

Parmi nos observations nous trouvons 4 cas dont nous ignorons la parité, 4 primipares et 9 multipares, dont quelques-unes à leur 7^e, 8^e, 12^e grossesse. Il semblerait d'après ces observations que les femmes ayant eu des grossesses multiples soient plus sujettes à cette affection.

A quelle époque de la grossesse la maladie se déclare-t-elle le plus souvent ? Nos observations, nous la révèlent 13 fois durant la grossesse, 7 fois chez une femme à terme (obs. II, III, IV, V, IX, XIV, XVI) 1 fois à 8 mois (obs. VIII) 1 fois à 7 mois et demi (obs. VII), 2 fois à 7 mois (obs. VI et XV). Nous la rencontrons encore dans 2 cas d'avortements, 1 de 6 mois (obs. XII), 1 de 4 mois (obs. XVII). Les symptômes ont éclaté 1 fois immédiatement après l'accouchement (obs. XI), 2 fois le lendemain (obs. I et XIII) et une fois 3 jours après (obs. X). La méningite semblerait donc plus fréquente près du terme ou immédiatement après l'accouchement.

Les conditions étiologiques et pathogéniques de la méningite suppurée, sont les mêmes chez la femme gravide, parturiente ou accouchée que chez les malades atteints en dehors de cet état. Primitive le plus souvent, ou secondaire à une lésion viscérale, pneumonie, pleurésie, elle semble compliquer rarement l'infection purpérale. Son agent pathogène est plus souvent le pneumocoque pur, quelquefois

associé au tétragène, au streptocoque, au staphylocoque. Rarement nous rencontrons ces derniers germes seuls. Le coli-bacille a été rencontré une fois et une fois nous avons eu du pus stérile. Les multipares semblent être plus frappées. La méningite survient surtout dans les derniers mois de la grossesse et au moment du travail, ou dans les jours qui suivent l'accouchement. Les cas plus précoces sont rares ainsi que les cas tardifs.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique de la méningite cérébro-spinale suppurée au cours de la puerpéralité, nous montre des lésions identiques à celles laissées par les méningites en dehors de cet état.

Ainsi, dans les observations I, XII, XVI, nous remarquons de simples trainées leucocytaires le long des vaisseaux et dans les replis que forme la pie-mère entre les circonvolutions, la pie-mère étant fortement injectée. Parfois on trouve des plaques concrètes, blanchâtres ou jaunâtres plus ou moins étendues, s'enlevant facilement (Obs. IV, XV.). Quel-fois le pus est abondant et entoure complètement le cerveau, baignant sa convexité et sa base (obs. III, V, VI, VII, XI), plus rarement sa base seule (obs. II, XIV, XVII, ou sa convexité seule (obs. IX). Enfin, dans l'observation V, nous trouvons de véritables productions pseudo-membraneuses.

Le processus inflammatoire est étendu aux ménin-ges rachidiennes (obs. III, VII, XII).

Dans les observations II et XI les ventricules latéraux renferment du pus franc ; dans les obser-vations IV et VII le liquide est séro-purulent. Le quatrième ventricule contient du pus crémeux (obs. II).

Le liquide céphalo-rachidien est franchement purulent dans les cas des observations XVI et XVII. Dans ce dernier cas, le liquide par simple repos, laisse un dépôt de 1 centimètre dans le tube. Dans les observations IX, XI, XIII, le liquide est simplement louche.

Dans le cas de l'observation XVI, MM. Chirié et Gaillard ont trouvé trois foyers de ramollissement cérébral attribués par eux à de l'artérite infectieuse.

Dans les cas de méningite secondaire les lésions des autres organes sont les lésions ordinaires de pneumonie (obs. XIV et XV), de pleurésie (obs. XI). Dans les autres cas on n'a pas trouvé de lésions viscérales.

La malade de l'observation XIV présentait une ancienne cicatrice déprimée du diamètre d'une pièce de 2 francs, résultant d'une ancienne fracture du crâne, il y avait perte de substance de l'os et adhérence de la cicatrice au cerveau. On peut se demander s'il n'y avait pas là une cause pouvant favoriser la localisation de la méningite.

Ce court exposé nous montre que ce sont là les lésions banales de méningite cérébro-spinale suppurée.

SYMPTOMATOLOGIE

La marche clinique de la méningite est le plus souvent atypique, et cette irrégularité a été la cause des hésitations et des erreurs de diagnostic.

Le symptôme qui apparaît le premier et qui domine ensuite le tableau clinique de la maladie est la céphalée. La malade se plaint d'abord de légers maux de tête, puis la céphalée devient violente, généralisée, fatigant beaucoup la malade par sa persistance. La douleur augmente progressivement, régulièrement et sans rémission, comme sans crises gravatives.

Les convulsions ont été signalées dans la moitié des cas, mais leur localisation est variable. Une seule fois (obs. 6), elles étaient généralisées et accompagnées d'émissions involontaires d'urine. Dans les observations I et IX nous trouvons des convulsions peu étendues et de courte durée. Deux fois elles étaient localisées aux membres (obs. XI, XV). MM. Chirié et Gaillard ont signalé (obs. XVI) des secousses convulsives du bras droit de courte durée avec des secousses brusques de latéralité de la tête. Enfin une fois (obs. VII) elles ont été localisées à la

face. Cette dernière localisation est rare, les convulsions se rencontrent le plus souvent aux membres et sont irrégulières dans leur date d'apparition et leur durée.

Le délire est noté moins fréquemment. Tranquille dans l'observation IV le délire est furieux dans tous les autres cas. Les malades, extrêmement agitées, ont souvent des hallucinations, se débattent, cherchent à mordre, et sont maintenues avec peine dans leur lit (obs. VII).

Le coma est presque aussi fréquent que la céphalée, nous le relevons dans 10 de nos observations. Cefut toujours un coma terminal. Souvent il apparut de bonne heure, dans les formes rapides, suivant de très près la céphalée. Ce coma fut le plus souvent complet.

Assez souvent les troubles pupillaires furent notés : 2 fois nous trouvons de l'immobilité des pupilles (obs. XV et XVII), 3 fois de l'inégalité (obs. I, XI, XV), 1 fois du myosis (obs. XVII). Plus souvent on a observé de la mydriase (obs. I, VII, X, XI, XIV, XVI).

Nous venons d'étudier les symptômes cardinaux, abordons maintenant les symptômes accessoires.

La raideur de la nuque est fréquente, 4 fois elle fut complète (obs. I, VII, X, XIII, XIV), 1 fois légère (obs. IX). La raie méningitique fut très nette dans les observations XIV et XV. Un symptôme aussi fréquent que la céphalée et qui la précéda une fois (obs. XVII) c'est le vomissement. D'abord ali-

mentaire, il devient ensuite bilieux, survenant sans cause apparente, le plus souvent sans effort. Nous relevons ce symptôme 7 fois dans nos observations (obs. I, II, III, V, VII, XV, XVII). La constipation a été signalée 2 fois seulement (obs. III et XV).

Rarement on a noté des contractures. Cependant dans l'observation III la malade était en opisthotonos. La contracture avait envahi les membres supérieurs chez la malade de l'observation X. La malade de l'observation I présentait une légère contracture de tous les membres. La position en chien de fusil a été signalée une fois (obs. I). Une fois on a rencontré du strabisme.

La fièvre a été un phénomène constant parfois peu considérable (temp. $38^{\circ}5$), elle oscille en général autour de 40 degrés, présentant du reste dans sa marche d'assez grandes variations, descendant par moment à la normale (obs. XV) parfois au-dessous (obs. XVII) pour remonter le soir à 40 degrés.

Le pouls est au début en rapport avec la température mais à mesure que la maladie fait des progrès il y a dissociation. Il devient très rapide : ainsi observation VI la température est à $38^{\circ}2$, le pouls à 140 ; observation VIII la température est à 41 degrés, le pouls à 160 ; observation VII la température est à $38^{\circ}4$, le pouls à 180. L'étude de la tension artérielle est plus importante, cette tension est abaissée. Elle n'a été prise qu'une seule fois dans nos observations, elle était de 14 centimètres de mercure.

Les urines ne sont pas modifiées, et contiennent rarement des éléments pathologiques. Cependant l'observation V nous montre une grande quantité d'albumine. Dans les observations III, IV, VI, VII on a trouvé un louche.

Partout ailleurs, les urines étaient normales. Signalons enfin qu'à aucun moment leur quantité et leur aspect n'a varié.

L'hyperesthésie est signalée une fois (obs. XV), mais jamais on n'a trouvé d'anesthésie. Les cris hydrencéphaliques sont cités deux fois (obs. VII, XV).

Les réflexes patellaires sont le plus souvent normaux, cependant nous les trouvons abolis dans l'observation XVI, exagérés dans les observations XIV et XV.

Le Kernig positif et complet qui serait si utile à observer, n'a été signalé que dans les observations III et XIII. Une fois il n'était même qu'ébauché (obs. XVII).

Un procédé clinique qui mérite d'attirer particulièrement notre attention, c'est la ponction lombaire.

Le liquide céphalo-rachidien sort avec pression et présente des altérations. Il est d'aspect louche, souvent même franchement purulent. Enfin l'examen cytologique y décèle des leucocytes, parfois en grande quantité, et les micro-organismes, causes de l'infection.

La ponction lombaire a été pratiquée dans 8 cas (3 faits de Brindeau, 1 de Fabre, 1 de Chirié et Gaillard, 1 de Genairon et Favre, 1 de Widai et

Lemierre, 1 de Chirié). Dans un cas elle n'a donné aucun renseignement (obs. XIV).

Les résultats obtenus par Brindeau ont été les suivants : une fois le liquide était simplement trouble, une autre fois le liquide était louche ne renfermant que des leucocytes et des streptocoques.

Dans le troisième fait le liquide était louche, tournant à la purulence, légèrement ictérique et renfermant des leucocytes et des cocci qui étaient vraisemblablement du streptocoque. Dans ce dernier cas l'examen du liquide était suffisant pour affirmer le diagnostic de méningite suppurée.

Genairon et Favre ont retiré 12 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien légèrement louche, renfermant de nombreux polynucléaires et des diplocoques encapsulés. Chirié et Gaillard ont pu retirer 30 centimètres cubes de liquide opalescent, jaillissant avec force et renfermant en abondance des polynucléaires et des diplocoques intra-cellulaires. Widal et Lemierre ont retiré un liquide franchement purulent.

M. Chirié a retiré 30 centimètres cubes de liquide purulent verdâtre très fibrineux qui, par simple repos, laisse un culot de 1 centimètre, l'examen montra des leucocytes entièrement dégénérés et une grande quantité de diplocoques encapsulés, intra et extra-cellulaires prenant le Gram.

En somme, sauf dans le cas de Fabre où la ponction fut négative, le liquide céphalo-rachidien a toujours présenté des altérations en rapport avec l'inflammation méningée.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de méningite cérébro-spinale suppurée, n'a été *porté primitivement que cinq fois sur dix-sept cas observés* ; cinq fois un diagnostic erroné au début a été rectifié dans la suite ; quatre fois enfin le diagnostic a été égaré jusqu'à la mort de la malade et l'infection méningée fut une trouvaille d'autopsie. Dans trois cas on ne put même porter un diagnostic ferme, et la méningite cérébro-spinale insoupçonnée ne fut encore découverte qu'après la mort.

L'erreur de diagnostic fut surtout fréquente en présence d'affection primitive : toutes les fois où la méningite vint compliquer un état infectieux déjà existant, l'attention du médecin fut plus rapidement attirée vers l'extension de l'infection primitive aux méninges ; et nous voyons que sur cinq cas secondaires signalés dans les observations XI, XII, XIV, XV, XVI, trois fois le diagnostic fut immédiat, (obs. XIV, XV, XVI), deux fois rapidement reformé (obs. XI et XII).

A quoi faut-il attribuer ces erreurs et ces tâtonnements ?

Tout d'abord, à la marche atypique, anormale de

la maladie, qui jamais n'a présenté le syndrome complet de la méningite cérébro-spinale ; en second lieu à la ressemblance de l'état général et des symptômes avec ceux présentés par d'autres maladies : En effet, le diagnostic fut quelquefois égaré vers l'hémorragie méningée, la méningite tuberculeuse, la manie aiguë, l'hystérie, la fièvre typhoïde.

Il nous semble inutile d'insister sur le diagnostic différentiel de la méningite avec ces diverses affections : l'étude exacte et détaillée des symptômes, complétée par l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien, permettra de rectifier les erreurs que l'on pourrait commettre.

Mais l'erreur de diagnostic la plus fréquente fut la confusion de la méningite avec l'éclampsie : sept fois sur dix-sept on a pensé à des accès éclamptiques (obs. IV, VI, VII, VIII, IX, X, XI). Deux fois (obs. VI et VII) le diagnostic persista jusqu'à la mort ; deux fois il fut rectifié à la suite de ponction lombaire (obs. X et XI). Une fois enfin il fut modifié à tort et remplacé jusqu'à la fin par celui de fièvre typhoïde (obs. IV).

Souvent la tâche fut rendue difficile par la rapidité extrême d'évolution de la maladie, et le peu de temps que l'on eût pour examiner la malade entre son entrée à l'hôpital et sa mort.

De plus, lorsque l'on a pensé à des accès éclamptiques, il y eut toujours une certaine hésitation, et c'est ainsi que l'on dit dans l'observation VII « la malade était une éclamptique pas comme les autres ».

D'autre part MM. Budin (obs. VIII) et Brindeau (obs. IX) découvrent rapidement l'affection méningée chez des malades hospitalisées pour éclampsie ; et il apparaît que le diagnostic de méningite suppurée cérébro-spinale peut être porté aussitôt par l'analyse rigoureuse et détaillée des symptômes : car les signes que l'on rencontre dans les deux affections précèdent le plus souvent de deux modalités différentes.

Dans la méningite comme dans l'éclampsie, le symptôme initial est la céphalée ; mais alors que dans la première de ces affections, elle ne cessera pas jusqu'à la fin, devenant d'instant en instant plus violente, lancinante, sans rémission et à localisation fixe ; dans l'éclampsie, au contraire, la céphalée est irrégulière dans sa marche et son intensité, est pulsatile, et procède par crises gravatives ; elle est souvent mobile ou localisée à la région sus-orbitaire et s'accompagne de troubles oculaires, tels qu'emblyopie, diplopie, perversions colorées et même amaurose. Ces accidents sont liés pour une part à l'élévation rapide de la tension artérielle (Bar) et précèdent ordinairement les convulsions.

Les convulsions méningées sont très irrégulières dans leur évolution et leur durée ; elles sont très rarement généralisées (un seul cas, obs. VI) presque toujours peu étendues, partielles, ne portant que sur certains groupes musculaires des membres ; enfin, elles ne se localisent à peu près jamais à la face.

Dans la forme habituelle de l'éclampsie puerpérale, les accès convulsifs sont typiques, avec leurs phases de convulsions toniques, puis cloniques, de courte durée, survenant après une période d'invasion caractéristique ; ces convulsions sont très rarement localisées, presque toujours généralisées.

Cependant on observe des accès éclamptiques larvés, qui ne se reconnaissent qu'à quelques mouvements convulsifs irréguliers d'un ou plusieurs groupes musculaires de la face. L'accès est en quelque sorte limité à la période d'invasion ; dans quelques cas, la période tonique est si courte qu'elle paraît manquer, et l'accès n'est constitué que par des convulsions cloniques succédant à une période d'invasion. Dans d'autres, les symptômes sont encore moins accentués, à peine voit-on quelques mouvements convulsifs de la face ; enfin, on sait qu'il existe des formes « d'éclampsisme » sans accès convulsifs (Bar).

La forme du délire est aussi notablement différente dans les deux maladies. Le délire, dans la méningite, est violent, parfois furieux, s'accompagnant d'hallucinations terrifiantes ; certaines malades cherchaient à mordre et à griffer, comme si elles se débattaient contre un ennemi (obs. VII). Le délire ne se rencontre jamais, ou rarement, dans le décours de la crise éclamptique. Mais il n'est pas rare avant et plus souvent après. On note alors une agitation plus ou moins prononcée avec étonnement, perte de

la mémoire, obnubilation, et quelquefois délire vrai habituellement très léger.

Nous rencontrons dans l'éclampsie des vomissements, comme il en existe dans la méningite ; mais alors que dans le premier cas ils sont brusques, douloureux et persistants, dans le second au contraire ils se présentent avec les caractères de vomissements cérébraux qui les font facilement reconnaître.

La fièvre peut manquer chez certains malades atteints de méningite, mais cela est rare. Le plus souvent, dès le début la température s'élève d'une façon brusque pour atteindre rapidement son maximum (40, 41). Son évolution est ensuite tout à fait irrégulière, à ce point de vue, la maladie ne revêt aucune allure cyclique. Tantôt, spécialement dans les formes courtes ou de durée moyenne, la fièvre est continue, et alors l'amélioration ou la guérison est marquée par une chute graduelle, l'aggravation ou l'approche de la mort par une ascension exagérée de la température. Quand la durée de la maladie se prolonge, on constate souvent de grandes irrégularités dans la courbe de la température, caractérisant des exacerbations et des rémissions successives, entrecoupée même de période d'apyrexie complète. En résumé il n'existe pas de courbe thermique caractéristique de la maladie.

Les accès éclamptiques s'accompagnent aussi de température. Ce fait, méconnu des anciens auteurs, contesté par Quincque en 1865 et Winckel en 1869,

a été bien mis en lumière par Bourneville et a été depuis étudié par Budin, O. Dieudé, Herbart, Lancry, etc.

La courbe thermique est très variable. Dans les cas peu graves elle reste assez souvent à peu près au niveau de la normale ; mais, quand les accès sont violents et rapprochés on observe d'ordinaire une ascension progressive, et la mort peut survenir en hyperthermie. Souvent la température ne dépasse guère 39, puis ensuite s'abaisse annonçant la guérison. Parfois cependant la température après s'être élevée à 40 degrés et être redescendue à la normale, remonte à nouveau suivant une courbe analogue à celle que l'on observe dans la période méningitique du mal comitial. La mort peut survenir à ce moment, ou bien la température s'abaisse de nouveau et la malade guérit.

L'étude des urines donne au clinicien des résultats non moins précieux : en effet, on n'observe, dans les méningites cérébro-spinales, aucun trouble urinaire : il n'y a modification ni comme aspect, ni comme quantité ; l'analyse peut cependant y montrer, rarement du reste, une faible quantité d'albumine.

Dans l'éclampsie au contraire, il y a oligurie, précédant quelquefois les accès, existant toujours pendant la période convulsive, et pouvant aller même à l'anurie (Daunay, thèse inaugurale). Leur aspect est, aussi, généralement modifié. A part de rares cas, où on les a trouvées normales, elles sont le plus souvent troubles, foncées et parfois sanguinolentes. Il y a

une crise uratique à la fin de l'accès, ce qui, avec les pigments biliaires, qui existent toujours, donne aux urines cette coloration brun noirâtre si fréquente dans cette maladie. Enfin l'albuminurie est la règle dans l'accès éclamptique : une urine renfermant peu ou même pas d'albumine avant la crise, en contient, lors de cette dernière, une quantité parfois très grande, et qui disparaît souvent brusquement après l'accès.

De plus, dans la méningite, on ne rencontre pas les œdèmes, inconstants d'ailleurs, ni la bouffissure de la face, signalés dans l'autre affection.

Le coma méningé n'est en somme que le symptôme terminal de la maladie ; il est la dernière manifestation d'une période de calme et de dépression, et précède en général la mort de quelques heures ; il est habituel et presque toujours complet.

Le coma éclamptique, au contraire, succède immédiatement à la crise ; il n'est pas rare de le voir céder dans les intervalles qui séparent les crises lorsque celles-ci ne sont pas trop rapprochées. Enfin il peut faire défaut.

On sera aidé, dans la différenciation, par une série de signes qu'il importe de rechercher sans toutefois leur accorder une trop grande valeur, car ils manquent souvent : ainsi la raideur de la nuque, existant sans autre contracture, la position en chien de fusil, les cris hydrencephaliques, lorsqu'ils existent, indiquent une lésion méningée.

Un observateur attentif égarera rarement son diagnostic ; cependant dans certains cas, le doute peut

persister après l'étude détaillée des symptômes ; il faudra alors avoir recours à deux procédés qui permettent presque à eux seuls de faire le diagnostic différentiel : l'étude de la tension artérielle et l'examen du liquide retiré par ponction lombaire.

Il convient de noter tout d'abord que, d'après les recherches de M. Vaquez et Nobécourt, Queirel et Raynaud, Chirié (thèse inaugurale), la tension artérielle n'est pas modifiée du fait de la grossesse.

Les crises méningées s'accompagnent d'abaissement léger de la tension ; il est malheureux que dans les observations que nous avons citées, cette tension n'est été mesurée qu'une fois (obs. XVI) où elle fut de 14 centimètres de mercure.

Dans l'éclampsie, au contraire, nous voyons l'hypertension précéder la crise (M. Vaquez), atteindre une constante élevée, subir des oscillations en rapport avec les accès, puis redescendre lentement à la normale. L'absence d'hypertension permet, presque à elle seule, de rejeter le diagnostic d'accès éclamptique.

M. Brindeau a justement insisté sur la haute valeur diagnostique présentée par l'examen du liquide céphalo-rachidien ; on doit toujours le pratiquer, car la ponction lombaire, faite avec asepsie et méthode, n'offre aucun danger :

Dans les méningites cérébro-spinales, le liquide jaillit avec une grande tension, il est louche, parfois trouble ou même franchement purulent : cependant M. Netter, en 1898, a fait remarquer qu'il peut être

tout à fait exceptionnellement clair et transparent.

L'analyse peut y montrer une proportion d'albumine beaucoup plus forte qu'à l'état normal ; il renferme toujours une quantité considérable de polynucléaires, et l'examen bactériologique y décèle la présence de micro-organismes pathogènes.

L'examen du liquide céphalo-rachidien a été aussi pratiqué dans l'éclampsie ; dans ce cas, il est hyperendu, absolument clair, transparent, parfois teinté en jaune par la dissolution de l'hémoglobine ; il est rarement sanglant macroscopiquement, comme le rapportent MM. Bar et Maygrier, mais il l'est toujours microscopiquement, ce qui est dû « aux épistaxis méningées des hypertendus » (Vaquez).

Cependant, M. Villaret et Tixier rapportent (*in Gazette des Hôpitaux*, année 1907, n° 139) dans un cas qu'ils ont étiqueté éclampsie, des résultats de rachy-synthèse tels que nous avons tenu, étant donnée la rareté de leurs constatations, à rapporter leur observation en entier :

La nommée Rosalie P..., est transportée d'urgence à l'hôpital Broussais, dans le service de notre maître M. le professeur Gilbert, salle Gübler, n° 7, le 11 décembre 1906. C'est une femme de vingt et un ans qui a été trouvée sans connaissance dans sa chambre, et présentait depuis plusieurs jours des crises nerveuses, sur lesquelles nous pouvons obtenir quelques éclaircissements des voisins : la malade se mordait la langue, au niveau de laquelle nous constatons d'ailleurs quelques cicatrices récentes, se blessait la tête, présentait de

la cyanose, bref, semblait au premier abord avoir eu des attaques d'épilepsie, bien qu'elle n'écumât pas, qu'elle n'ait pas de signe de Babinski, et que les crises soient très longues et répétées. Nous apprenons de plus que, depuis un certain temps, la malade présentait des flots d'albumine dans les urines.

Nous assistons d'ailleurs bientôt à une de ces crises, qui ont un caractère épileptiforme avec trois périodes, clonique, tonique et coma. Nous constatons en même temps une grosse albuminurie. Les accès sont subintrants, et se continuent presque sans interruption. Devant cet état grave et la malade étant manifestement enceinte, nous la faisons passer le 12 décembre dans le service de chirurgie, où le soir même elle fait une fausse couche de six mois. A la suite de cet accident, le coma persiste toute la journée du lendemain, puis le sujet reprend ses esprits et peut nous donner quelques renseignements. Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires et personnels, sinon une scarlatine survenue à l'âge de treize ans, et un nervosisme assez marqué. Jamais la malade n'a eu auparavant de convulsions ou d'attaque de quelque nature que ce soit. En somme, nous portons le diagnostic qui s'impose de crises éclamptiques typiques, d'origine puerpérale.

L'examen systématique et détaillé de l'appareil nerveux, pratiqué à plusieurs reprises, ne nous révèle rien d'anormal. Les autres organes sont d'ailleurs absolument intacts. Pas d'hypertension artérielle, le pouls régulier, égal, bat à 84. Le foie et les fonctions hépatiques sont normaux à tous égards ; rien à signaler à ce point de vue dans les urines.

Pas de polyurie, pas d'éléments anormaux dans les urines, en dehors de l'albumine.

13 décembre. — Au matin, une première ponction lombaire donne issue à un liquide grisâtre, faisant issue avec une tension énorme, et dans lequel le culot de centrifugation est formé d'une véritable purée de polynucléaires, de quelques mononucléaires, et de quelques rares globules rouges, sans qu'il y ait d'albumine en quantité anormale dans le liquide. L'examen direct n'y révèle aucun microbe. A la suite de cette opération, survient une amélioration notable ; la malade commence à causer et l'albumine disparaît presque complètement des urines, sans qu'on puisse cependant, semble-t-il, attribuer ce phénomène à la rachicentèse.

14 décembre. — Une deuxième ponction lombaire laisse écouler un liquide claire sous une tension normale ; il contient une quantité sensible d'albumine, de nombreux globules rouges, des polynucléaires et surtout des monos ; le pourcentage est le suivant : 25 à 30 leucocytes par champ microscopique, dont trois mononucléaires petits et moyens pour un polynucléaire. La culture du culot sur bouillon ne donne rien au bout de quarante-huit heures. L'inoculation au cobaye et à la souris n'aboutit à aucun résultat ; le cobaye est indemne un mois après ; quant à la souris, elle meurt au bout de six jours, mais sans que l'autopsie puisse révéler de lésion appréciable, et sans que l'examen bactériologique du sang de l'animal ne décèle de microbe.

16 décembre. — L'albumine reparait en quantité notable dans les urines ; le soir survient une nouvelle crise d'éclampsie, suivie d'un état comateux qui exige une saignée de 500 grammes.

17 décembre. — La malade est encore dans le coma. On lui fait une troisième ponction lombaire. Le liquide n'est pas en hypertension et sort goutte à goutte. Il y a, par contre, une grande quantité d'albumine : La cytologie révèle dans le culot des globules rouges, mais déjà moins nombreux, et une formule lymphocytaire prédominante, avec quelques polynucléaires (44 à 50 lymphocytes ou moyens mononucléaires, 3 à 4 polynucléaires par champ microscopique). A la suite de cette ponction l'amélioration se reproduit et se poursuit.

19 décembre. — Le sujet est en bon état. Il n'y a plus d'albumine dans les urines. Une quatrième ponction lombaire donne issue à quelques centimètres cubes d'un liquide dont l'albumine a presque disparu, et dont la réaction cellulaire s'est sensiblement atténuée ; il existe des globules rouges et des leucocytes appartenant presque exclusivement à la classe des lymphocytes.

21 décembre. — La malade, en excellent état, rentre en médecine, où nous la surveillons quelques jours, sans voir reparaitre de phénomènes anormaux.

11 janvier. — Nous pratiquons une dernière ponction lombaire, avant que le sujet quitte l'hôpital. Le liquide très clair sort goutte à goutte, et on a de la peine à en recueillir quelques centimètres cubes dans lesquels la formule est redevenue presque normale ; il existe cependant encore un certain degré de lymphocytose.

1^{er} février. — Nouvelle crise semblable à la première, qui se répète ; il y avait de l'albumine dans les urines. Nous n'avons pas d'autres renseignements sur ces accidents qui disparurent complètement à la fin de février.

Nous avons revu depuis la malade. Elle n'a plus souffert jamais de semblables troubles.

EVOLUTION

Nous pouvons distinguer dans l'évolution de la méningite cérébro-spinale suppurée trois périodes : la première caractérisée par la céphalée, l'agitation, le délire, les convulsions ; la seconde par l'abattement, la somnolence, la torpeur de la malade ; la troisième enfin par le coma. D'ailleurs, la marche et l'enchaînement des symptômes dans les faits que nous rapportons ont été extrêmement variables. En général, l'évolution a été très rapide, dans quelques cas réellement foudroyante à partir du moment où les symptômes se sont caractérisés. Malheureusement tous ces symptômes n'existent pas ensemble : souvent même la céphalée est le seul qui existe. La mort est survenue 4 fois vingt-quatre heures après l'invasion (obs. I, X, XII, XIII), 1 fois quarante-huit heures après (obs. XI), 2 fois au bout de trois jours (obs. IV, V), 2 fois après quatre jours (obs. VII, XVI), 1 fois après cinq jours (obs. VI), 1 fois enfin après sept jours (obs. XII). Dans deux cas seulement l'évolution fut assez lente, la maladie durant 1 fois huit jours (obs. XV), 1 autre fois douze jours (obs. XVII). Le début de l'affection est assez difficile à pré-

ciser dans l'observation XIV : il s'agit en effet d'une méningite secondaire à une pneumonie compliquée de pleurésie. Dans d'autres cas, la durée de l'affection n'est pas précise, nous connaissons seulement la durée d'hospitalisation. Dans ces observations les malades ont été examinées 2 fois un seul jour, 1 fois deux jours et 1 fois trois jours. Le peu de temps pendant lequel ces malades sont restées soumises à l'observation explique en partie les hésitations et les erreurs de diagnostic que nous avons signalées.

En résumé, cette maladie nous présente une marche clinique atypique et de durée très courte.

PRONOSTIC

Dans tous les cas rapportés dans nos observations, le dénouement fut fatal, ce qui prouve abondamment la gravité du pronostic *breviter fatale*.

L'intérêt du pronostic porte donc surtout sur l'état desanté de l'enfant et l'influence exercée sur lui par la maladie maternelle. C'est là une question de la plus haute importance, qu'il importe de bien connaître au point de vue des déductions pratiques et que nous allons étudier d'après les faits que nous rapportons dans nos observations.

Dans un cas (obs. VI), l'état de l'enfant n'est pas précisé au moment de la mort de la mère. La malade enceinte de sept mois a été observée quelques heures à peine.

Sept fois la grossesse était à terme, l'enfant vivant (obs. II, III, IV, V, IX, XIV, XVI), 1 fois à huit mois (obs. VIII), 1 fois à sept mois et demi (obs. VII), 2 fois à sept mois (obs. VI et XV), 1 fois à six mois (obs. XII), 1 fois à quatre mois (obs. XVII). Dans ces derniers cas il y eut avortement, qui une fois précéda et fut la cause de la maladie et qui dans l'autre cas semble résulter de l'état pathologique.

Dans les 12 cas où l'enfant était viable, il y eut six fois accouchement spontané, une fois (obs. XV), accouchement spontané prématuré. On a eu recours 3 fois à l'accouchement forcé, une fois à la césarienne *post mortem*. Enfin chez la malade de l'observation VI, on n'eût pas le temps d'intervenir, car la mort survint une heure et demie après l'entrée de la malade à l'hôpital.

L'accouchement spontané eût toujours lieu en pleine maladie, la période de travail qui l'a précédé a été courte. Les contractions utérines sont peu douloureuses ou du moins passent inaperçues au milieu des souffrances éprouvées par la malade.

L'enfant fut extrait artificiellement 1 fois pendant la maladie (obs. III), 2 fois pendant l'agonie (obs. IV et IX), 1 seule fois l'enfant fut retiré mort, les 2 autres fois il fut retiré vivant ; celui de l'observation IV mourut six semaines après d'athrepsie, et nous sommes en droit de mettre cette mort sur le compte d'une alimentation défectueuse et non de la maladie maternelle.

L'enfant de l'observation V mourut quarante-huit heures après sa naissance sans qu'on puisse indiquer les causes de la mort.

Les autres enfants sont nés vivants et bien portants. Il est regrettable que l'on n'indique pas dans ces diverses observations ce que sont devenus ces enfants par la suite.

Nous savons seulement que dans les observations

II et VIII les enfants sont partis en nourrice sept et six jours après l'accouchement, en bonne santé.

En résumé, le pronostic pour la mère est excessivement grave, le dénouement fatal est la règle. Pour l'enfant, au contraire, la mort est l'exception. L'état de la mère n'influe aucunement sur lui soit pendant la maladie, soit pendant l'agonie. Voilà un fait de première importance, déjà relevé par Chambrelen¹, et sur lequel, à notre tour, nous croyons devoir attirer spécialement l'attention, car il comporte des déductions pratiques que nous étudierons à propos du traitement.

TRAITEMENT

Une fois le diagnostic de méningite cérébro-spinale chez une femme gravide, posé et confirmé, quelle sera pour le médecin la conduite à tenir : Tout d'abord tenter par une thérapeutique énergique de combattre chez la mère l'infection microbienne ; si l'on échoue, mettre tout en œuvre pour sauver l'enfant.

Les médications autrefois employées étaient surtout symptomatiques ; on donnait de l'opium, du chloral, des bains.

Plus récemment la ponction lombaire a été employée, non seulement comme élément de diagnostic, mais aussi comme agent thérapeutique, on la pratiquait fréquemment.

La thérapeutique moderne a introduit dans le traitement des maladies infectieuses, l'argent colloïdal. Dans le traitement des méningites, on l'a d'abord employé en frictions puis en injections intra-veineuses, Netter (Société médicale des Hôpitaux, 22 novembre 1907) fait grand éloge des injections intra-veineuses de collargol. Il cite un cas de guérison qu'il a observé lui même, et rapporte 7 guéri-

sons sur 7 cas de méningites cérébro-spinales épidémiques soignées par M. Socquépée de Rennes au moyen des injections intra-veineuses de collargol.

L'injection intra-rachidienne portant le collargol directement sur les méninges, semble être encore plus efficace ; l'agent thérapeutique se trouvant ainsi en contact intime avec les éléments qu'il a à combattre ; les succès ont été en effet nombreux. Barth et Mauban (Société médicale des hôpitaux, 16 juin 1905) rapportent une guérison dans un cas particulièrement grave de méningite cérébro-spinale à diplocoque de Weichselbaum, vérifié par l'examen bactériologique. Les moyens ordinaires de traitement avaient échoué, l'état du malade empirait rapidement, lorsque fut pratiquée l'injection intrarachidienne de collargol, bientôt suivie d'une chute marquée de la température et d'une détente des autres symptômes.

Cettinger et Malloizel (Société médicale des Hôpitaux, 23 février 1906) rapportent une observation de « septicémie streptococcique consécutive à une amygdalite phlegmoneuse avec méningite séro-purulente » traitée par les injections intra-rachidiennes et intra-veineuses de Collargol suivie de guérison.

Voici leur conclusion : « Cette observation présente un certain nombre de points intéressants d'ordres différents, sur lesquels nous voulons attirer l'attention.

« Tout d'abord, c'est le développement d'une streptococcie consécutivement à une amygdalite phleg-

moneuse, fait assez rarement observé. En second lieu, c'est l'apparition d'une méningite à localisation cérébrale d'abord, puis cérébro-spinale au cours d'une septicémie à streptocoques ; les cas de ce genre, sans être très exceptionnels, — et il n'y aurait qu'à rapporter les exemples relatés par Neumann, Nobécourt et Delestre, Audion, etc. — ne sont pas néanmoins très fréquents. Contrairement aux autres micro-organismes, le streptocoque a peu de tendance à coloniser dans les centres nerveux.

« En troisième lieu, et c'est le point qui nous paraît le plus digne d'intérêt, le traitement par les injections simultanées intra-rachidiennes et intra-veineuses d'argent colloïdal, nous a paru avoir une action des plus favorables.

« Quoi qu'il soit prudent en matière de thérapeutique d'être toujours sceptique, et qu'une guérison spontanée, une coïncidence, soit toujours admissible, il est bien difficile cependant de refuser au traitement mis en œuvre une réelle action. Dès les premières injections, dès le lendemain, il y avait une atténuation des symptômes méningitiques qui s'est accentuée davantage encore après la seconde injection. Toutefois il est difficile, puisque nous avons fait simultanément des injections intra-rachidiennes et intra-veineuses, de dire quel a été la voie la plus utile d'introduction du médicament.

« Dans un cas analogue, nous n'hésiterions cependant pas à recommander les injections intra-rachidiennes qui ne présentent aucun danger, et qui ne

provoquent qu'une légère douleur ; en tout cas chez notre malade, les symptômes méningés ont disparu bien avant que ne survint la guérison complète, et peut-être faut-il attribuer cela à une action locale plus complète du médicament introduit directement au niveau des centres nerveux, et mis en contact avec eux.

« Enfin, une raison qui pourrait être invoquée en faveur de la réelle action du médicament, c'est le seul fait même de la guérison que l'on sait très exceptionnelle dans les cas de méningite à streptocoque. En effet, si les cas de méningite cérébro-spinale à méningocoque suivis de guérison spontanée et complète ne sont point rares, — et il suffirait de citer les faits récents signalés à la Société de Pédiatrie par MM. Sevestre, Marfan, Netter, etc., — et si la méningite traumatique peut être suivie également de guérison complète (Tuffier), les cas sont infiniment plus exceptionnels pour la méningite séro-purulente à streptocoque, qui se termine presque fatalement par la mort. »

Ramond et Widal (*Société médicale des Hôpitaux*, 19 octobre 1906), rapportent un cas de guérison, et cette communication présente ceci de particulièrement intéressant qu'elle nous montre comment agit l'agent thérapeutique. Voici leurs conclusions :

« Pour juger de l'action du médicament, il faut étudier les modifications dans les symptômes et la marche de la maladie après l'injection, et faire l'étude comparée du liquide avant et après la ponction.

« Le lendemain, la température, de 40 degrés, tombe à 39. Trente-six heures après, les symptômes généraux semblent avoir subi une sédation marquée, malgré l'apparition de la pneumonie. Deux jours après, apyrexie complète.

« Trois jours après l'injection, nous voyons le méningocoque végéter toujours en grande quantité et en pleine vitalité. C'est seulement après six jours de contact que le liquide devient stérile. L'action bactéricide du collargol au sein du liquide céphalo-rachidien a été lente à se manifester ; il a fallu plusieurs jours et une dose relativement élevée, 0 gr. 05, dans 70 centicubes de liquide céphalo-rachidien.

« L'injection a amené une augmentation brusque mais passagère des polynucléaires. Cet exode a été provoqué par l'injection d'un corps étranger en solution isotonique, et avant tout, ainsi qu'en témoignent les préparations, a servi à absorber l'argent colloïdal. Cette polynucléose ainsi produite a mis plusieurs jours pour débarrasser le sac arachnoïdo-piémérien des microbes déjà morts, et s'est atténuée à mesure de la disparition des boules de collargol. »

De ces faits résultent des indications d'ordre obstétrical. Si l'évacuation de l'utérus n'a aucune influence sur la marche de la maladie de la mère, contrairement à ce qui se passe dans l'éclampsie, pour l'enfant elle est de la plus haute importance, cet enfant est, en effet, le plus souvent vivant et viable. Il n'y a donc pas à hésiter.

Chambrelenet en 1889 avait déjà nettement for-

mulé les indications à suivre, actuellement elles restent les mêmes : « Toute méningite cérébro-spinale confirmée, avec enfant vivant, et après le septième mois, commande l'extraction de l'enfant. » Par quels moyens, Chambrelent ne s'est pas prononcé sur ce point, quoiqu'il en soit il ne faut pas oublier que de la rapidité de l'action dépend le succès. La maladie en effet évolue très vite, quelquefois en vingt-quatre heures, normalement en quatre ou cinq jours ; le dénouement fatal peut survenir d'un moment à l'autre, quelquefois en une ou deux heures. L'intérêt de l'enfant doit donc seul nous guider, la mère étant le plus souvent à l'agonie, il ne faut pas hésiter à intervenir dans le plus bref délai, ainsi que l'a dit Chambrelent : « Rien à perdre pour la mère, tout à gagner pour l'enfant. »

L'accoucheur peut se trouver en présence de plusieurs cas : la femme est à l'agonie, ou la femme vient de mourir.

1° La femme est à l'agonie, et en travail, la dilatation est déjà grande et semble pouvoir être rapidement complétée. Les procédés lents comme les ballons de Champetier, de Tournier doivent être délaissés car il faut aller vite. On peut achever la dilatation par des procédés plus rapides, tels que la manœuvre de Bonnaire, ou à l'aide de l'écarteur de Bossi.

Le col une fois à dilatation complète, on terminera rapidement l'accouchement en employant les moyens les plus commodes.

2° La femme est à l'agonie et le travail n'est pas

commencé, alors on pourra recourir au procédé de l'accouchement méthodiquement rapide, en pratiquant sur le col des incisions, petites et rayonnées, suivant la méthode de Dubois, ou grandes et profondes suivant la méthode de Durhssen. Cette opération par elle-même et l'extraction du fœtus à travers les voies génitales traumatisent le fœtus, et peuvent compromettre sa vitalité. L'opération césarienne au contraire, évite au fœtus tout traumatisme et semble être l'opération de choix. Mais dans ces cas l'accoucheur a souvent à lutter contre l'entourage de la malade qui, voyant son état désespéré, s'oppose à toute intervention sanglante.

3° La femme vient de mourir, l'opération césarienne est la seule opération indiquée et doit être pratiquée le plus rapidement possible.

Nous nous rallions entièrement aux conclusions rapportées par M. Descusses dans sa thèse inaugurale de Paris, mars (1908).

1° L'accouchement méthodique rapide est l'opération de choix lorsque, chez la femme mourante ou morte, le travail en est à la période d'expulsion, avec une tête première surtout, la rétraction du col n'étant pas un accident possible, dans ce cas là ; ou chez une multipare, lorsque le col est presque entièrement dilaté ; la rétraction sur la tête dernière est à redouter, si l'on fait la version ; une application de forceps sur la tête haute, est très mauvaise et très pénible. L'accouchement forcé reste l'opération la plus facilement acceptée des familles ;

2° L'opération césarienne sur les mourantes, qui est théoriquement, la plus rationnelle, la plus grave au point de vue de la responsabilité médicale, difficilement acceptée par les familles, opération qui doit être pratiquée avec le même soin que la césarienne conservatrice sur une femme en bonne santé, entrera difficilement pour toutes ces raisons dans la pratique ;

3° L'opération césarienne *post mortem* est indiquée :

1° Quand la femme est dans le courant du septième mois de gestation ; 2° quand il ne s'est pas écoulé plus d'une heure depuis la mort. Plus facilement acceptée des familles que la précédente, moins susceptible d'entraîner des désagréments pour le médecin, elle est la plus rapide et la moins dangereuse pour l'enfant, surtout en cas de mort rapide à la suite de traumatisme, ou de mort rapide après maladie, sans long coma.

En somme, elle est dans la plupart des cas de mort l'opération de choix.

CONCLUSIONS

Comme les méningites cérébro-spinales de l'adulte, l'infection des méninges chez la femme puerpérale, peut être primitive ou secondaire. Chez elle, toutefois, intervient un facteur nouveau, l'infection utérine, *post partum* ou *post abortum*, qui peut être le point de départ d'une localisation méningée.

Le tableau clinique de la méningite cérébro-spinale aiguë suppurée chez la femme puerpérale est rarement complet. Tantôt le syndrome est fruste, tantôt il est caractérisé par la prédominance d'un ou plusieurs symptômes. Dans les 2 cas on peut commettre une erreur de diagnostic. Ainsi sur les 17 observations que nous rapportons, le diagnostic fut fait primitivement 5 fois ; 5 fois le diagnostic erroné au début a été rectifié. Dans 7 cas enfin, la méningite fut une trouvaille d'autopsie ; dans 4 cas un diagnostic faux fut porté, dans trois cas on n'a pas porté de diagnostic ferme.

Souvent on a confondu la méningite avec l'éclampsie et traité la maladie comme telle (saignée). Il importe donc de différencier ces deux états et de faire un diagnostic certain par l'étude des signes cliniques : allure générale, température, tension artérielle, syndrome urinaire et surtout la ponction lombaire. Il ne faut pas hésiter à pratiquer la rachisynthèse qui ne présente aucun danger.

Le traitement est le même que pour les méningites cérébro-spinales suppurées en dehors de cet état. Durant ces dernières années on a employé le collargal en injection intra-rachidienne. Cette dernière méthode en particulier a amené plusieurs cas de guérison, entre autre chez une malade atteinte de septicémie à streptocoque accompagnée de méningite en dehors de la puerpéralité. Malheureusement, ces heureux résultats sont rares et inespérés.

La thérapeutique restant le plus souvent impuissante, la mère étant presque fatalement condamnée, on doit s'occuper de l'enfant qui, le plus souvent, est vivant et viable. Trois cas sont à considérer :

1° La femme à l'agonie est en travail, il faut compléter la dilatation et terminer l'accouchement par les moyens les plus rapides ;

2° La femme à l'agonie n'est pas en travail, l'accoucheur pratiquera l'accouchement méthodiquement rapide ou la césarienne, opération de choix, suivant la liberté qui lui sera laissée par la famille ;

3° La femme vient de mourir il faut pratiquer l'opération césarienne.

Vu : le Président de la thèse,

BAR

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur
L. LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Bar.* — La pratique de l'art des accouchements.
- Tarnier et Budin.* — Traité des Accouchements.
- Commandeur.* — L'Obstétrique, juin 1908.
- Chirié.* — (Thèse inaugurale). Hypertension artérielle et accès éclamptiques.
- Daunay.* — (Thèse inaugurale). Remarques sur quelques-unes des modifications de l'urine chez les éclamptiques.
- Theuveny.* — (Thèse inaugurale). Diagnostic des accès éclamptiques.
- Barth et Mauban.* — Société médicale des Hôpitaux, 26 juin 1905.
- Widal et Ramond.* — Société médicale des Hôpitaux, 19 octobre 1906.
- Netter.* — Société médicale des Hôpitaux, 26 novembre, 1907.
- Caussade et Joltrain.* — Société médicale des Hôpitaux, 28 février 1908.
- Villaret et Tixier.* — Gazette des Hôpitaux, 5 décembre 1907.
- Chauffard.* — Semaine médicale, n° 46, 1907.
- Bouchard et Brissaud.* — Traité de Médecine.

